

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **W/1114/2L77** APPLICATION DATE : **15/11/2019**
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **AYASA BIBI SEKH** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **48** SEX लिंग : **F**
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **KHOMEED SEKH**
पिता/पति का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
UTTAR DARA, SANDESHKHALI, NORTH 24 PARGANAS 749442, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE



OCCUPATION : **HOUSEWIFE** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **RS 1700 X 12 = 20400/-** (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. सत्या संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
आप आय कर का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न लगाएं) हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	AYASA BIBI SEKH	48	F	SELF
2.	KHOMEED SEKH	52	M	HUSBAND
3.	MUJAFI SEKH	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार			
EPL Card (Attach Card Copy) पटवरी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गये विधि का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SICS+IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?		
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एकी गई सहायता राशि

